

DISSERTATION

N° 283.

SUR

LA PÉRITONITE,

CONSIDÉRÉE A L'ÉTAT AIGU ;

THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris ,
le 24 août 1833 , pour obtenir le grade de Docteur en
médecine ;*

PAR PIERRE-FRANÇOIS-SYMPHORIEN PÔNE , de Malbuisson ,

Département du Doubs ;

Ancien Élève interne de l'hôpital Saint-Jacques de Besançon.

Duo sunt præcipui medicinæ cardines
ratio et observatio.

BAGLIVI.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine , rue des Maçons-Sorbonne , n°. 13.

1833.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA , DOYEN.	MESSIEURS.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie.	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD, Suppléant.
Pharmacie.	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	{ MARJOLIN, Examinateur.
	{
Pathologie médicale	{ DUMÉRIL.
	{ ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens , maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, Examinateur.
	{ FOUQUIER, Examinateur.
	{ BOUILLAUD, Président.
Clinique médicale	{ CHOMEL.
	{ ROSTAN.
	{ BOYER.
Clinique chirurgicale	{ JULES CLOQUET.
	{ DUPUYTREN.
	{ ROUX.
Clinique d'accouchemens	

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU , LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MESSIEURS	MESSIEURS
BAYLE.	HATIN.
BÉRARD (Auguste).	HOURLMANN.
BLANDIN.	JOBERT.
BOYER (Philippe).	LAUGIER.
BRIQUET.	LESUEUR, Examinateur.
BRONGNIART.	MARTIN SOLON, Examinateur.
BROUSSAIS (Casimir).	PIORRY, Suppléant.
COTTEREAU.	REQUIN.
DALMAS.	SANSON (ainé).
DUBLED.	SANSON (Alphonse).
GUÉRARD.	ROYER-COLLARD.
	TROUSSEAU.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE.

Témoignage d'amour filial.

A MA SŒUR.

Gage d'amitié.

P.-F.-S. PÔNE.

A MONSIEUR GENISSET,

Professeur de littérature latine à la Faculté des Lettres de Besançon ;
Secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts
de la même ville ; Membre de plusieurs autres Sociétés savantes ,
nationales et étrangères.

Hommage de la plus vive reconnaissance.

P.-F.-S. PÔNE.

DISSERTATION

SUR

LA PÉRITONITE,

CONSIDÉRÉE A L'ÉTAT AIGU.

Définition.

La péritonite (*peritonitis*, VOGEL, LIEUTAUD, CULLEN) est l'inflammation du péritoine.

Le péritoine est une membrane séreuse qui tapisse la paroi interne de l'abdomen, enveloppe la plupart des viscères contenus dans cette cavité, les isole les uns des autres, et les fixe dans leurs rapports respectifs. Cette membrane, que l'on a comparée à un sac sans ouverture, est disposée de manière à ne contenir dans sa propre cavité aucun des organes qu'elle recouvre; ses surfaces internes sont toujours en contact avec elles-mêmes, et lubrifiées par le produit de l'exhalation dont elles sont le siège.

La connaissance de la péritonite ne remonte pas à une époque bien reculée; elle est due tout entière aux travaux de l'anatomie pathologique. Les auteurs anciens avaient confondu l'inflammation du péritoine avec celle des organes que cette membrane revêt, et la décrivaient sous les noms de *gastrite*, d'*entérite*, de *cystite*, etc. Quelques

observations de péritonite simple, consignées dans les ouvrages de *Lieutaud*, *Bonnet*, *Morgagni*, fixèrent l'attention des médecins; et c'est ainsi que *Bichat*, *Pinelet* et *Laennec* furent conduits à démontrer le siège et la nature de cette maladie.

La péritonite peut exister à l'état *aigu* ou à l'état *chronique*;

Elle peut être *générale* ou *partielle*.

Je ne considérerai cette maladie que dans son état aigu : j'indiquerai ses causes, ses symptômes, ses complications, sa marche, sa durée, ses terminaisons, son diagnostic, son pronostic, les lésions que démontre la nécroscopie, et enfin j'exposerai son traitement.

Étiologie.

Les causes de la péritonite sont en très-grand nombre ; les unes ont leur source dans l'individu qui en est atteint, les autres se trouvent dans les agens extérieurs : de là, la distinction de ces causes en *prédisposantes* et en *occasionnelles* ou *déterminantes*.

Les causes *prédisposantes* sont à peu près les mêmes que celles des autres phlegmasies en général : un tempérament sanguin et irritable, l'âge adulte, un état pléthorique, l'intempérance, l'abus des stimulans, des liqueurs alcooliques, des purgatifs drastiques, la suppression des hémorrhagies devenues habituelles, la métastase de certaines inflammations de la peau, des membranes synoviales, l'habitation de lieux humides, froids, mal aérés et impénétrables aux rayons du soleil, les saisons froides et humides, le frottement et les pressions sur l'abdomen, que nécessitent certaines professions, les étranglemens herniaires, l'existence de l'inflammation d'un viscère revêtu par le péritoine, sont autant de causes qui peuvent, chez l'un et l'autre sexe, exercer sur cette membrane une influence fâcheuse, et la disposer à l'inflammation. Je dois ajouter que chez les femmes l'état de gestation est aussi une prédisposition à cette maladie.

Les causes *déterminantes* sont moins nombreuses que celles qui viennent d'être énumérées : on doit considérer comme telles les com-

pressions violentes des viscères abdominaux ; les plaies , les coups et les chutes sur le ventre ; les opérations dans lesquelles on divise le péritoine , comme celles de la taille , de la hernie , de la paracentèse , de l'hystérotomie ; les épanchemens de matières chyleuses , bilieuses , stercorales , urinaires , purulentes , par suite de la perforation des organes où elles étaient contenues ; l'ingestion de boissons froides ; la suppression de la transpiration par l'exposition au froid , le décubitus sur la terre ; enfin le frisson des fièvres intermittentes.

Les causes qui déterminent la péritonite si fréquemment chez les femmes en couches , sont : un accouchement laborieux , l'application du forceps , la version de l'enfant , en un mot , toutes les manœuvres plus ou moins pénibles employées pour son extraction , les bandages trop serrés autour du ventre , les topiques astringens ou réfrigérans sur les mamelles , l'abdomen ou les parties sexuelles ; les injections de même nature dans ces dernières parties , les écarts dans le régime , tels que ne point observer une diète sévère , quitter trop tôt le lit , s'exposer à une température froide et humide ; les passions vives , comme le chagrin , la crainte , etc. Enfin il a été constaté que l'air , vicié par les émanations putrides qui se dégagent nécessairement des lieux où il y a encombrement de malades , pouvait , à lui seul , produire cette maladie , que l'on a vue , à diverses reprises , régner épidémiquement dans plusieurs hôpitaux , et spécialement à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Symptomatologie.

La péritonite aiguë , considérée dans son état de simplicité , c'est-à-dire , dégagée de toute espèce de complication , débute ordinairement par un frisson plus ou moins fort et plus ou moins prolongé , avec des horripilations vagues , accompagnées d'un engourdissement des muscles , d'un brisement dans les membres , et d'un malaise général. Ces phénomènes d'invasion peuvent durer plusieurs jours consécutifs , le frisson se dissipant , pour reparaitre à des intervalles irréguliers.

guliers. On voit ensuite se manifester une série de symptômes, que nous distinguerons en *locaux* ou *idiopathiques*, et en *généraux*.

Celui des symptômes *locaux*, qui doit fixer d'abord notre attention, comme étant le plus important, c'est la douleur. La douleur, en effet, est le caractère pathognomonique de la péritonite; elle existe constamment, et le plus souvent elle en est le premier signe. Elle se fait sentir d'abord dans un point de l'abdomen; elle continue, s'étend, et de degrés d'intensité plus ou moins marqués; elle commence fréquemment par être obtuse, puis devient lancinante, et finit par être ponctive et tensive. Elle fait éprouver à quelques malades la sensation que causerait un instrument tranchant qui diviserait la paroi musculaire de l'abdomen, et celle encore d'une vis qu'on enfoncerait fortement dans les entrailles. Elle augmente par la plus légère pression; le moindre contact suffit quelquefois pour la rendre intolérable et arracher des cris aux malades, qui ne peuvent supporter le poids de leur couverture, pas même celui du topique le plus léger. Tous les mouvemens qui nécessitent une contraction des muscles de l'abdomen sont excessivement douloureux: aussi le décubitus se fait-il continuellement sur le dos, les cuisses fléchies sur le bassin, et les jambes sur les cuisses, position plus favorable au relâchement des muscles du ventre. Ainsi les fonctions pour lesquelles le diaphragme et ces muscles entrent en action ne s'exercent que difficilement; la respiration, l'excrétion des urines et des matières fécales, les efforts du vomissement et les secousses de la toux, augmentent considérablement la douleur. Celle-ci est ordinairement fixe; quelquefois, cependant, elle change de lieu; elle se fait sentir dans tout l'abdomen, tantôt avec une égale intensité, tantôt plus vivement dans un point que dans un autre; elle persiste pendant toute la durée de la maladie, et donne la mesure de sa gravité.

Bientôt on observe la tension, le gonflement, le ballonnement ou météorisme du ventre. Ce météorisme peut être attribué à l'accumulation de gaz dans les intestins, ou à la vaporisation du fluide exhalé à la surface interne du péritoine, vaporisation qui serait favorisée,

sinon tout à fait opérée, par l'augmentation du calorique que produit la congestion du sang dans cette membrane. En même temps surviennent les nausées, les hoquets, les vomissemens, d'abord des alimens qui sont contenus dans l'estomac au moment de l'invasion de la maladie, ensuite des boissons que le malade a prises pour apaiser la soif. Quelquefois l'irritation convulsive de l'estomac se propage jusqu'au canal cholédoque, et une quantité plus ou moins grande de bile est mêlée aux matières rejetées.

Les symptômes *généraux* de l'inflammation d'une membrane aussi étendue que le péritoine sont très-remarquables.

Le regard est fixe; la face, pâle et décolorée, exprime une angoisse et des souffrances extrêmes; mais ce caractère d'anxiété peut exister sans que l'intensité des douleurs soit en rapport avec lui; les ailes du nez sont contractées, les traits tirillés en haut et près de la ligne médiane (face grippée); il existe quelquefois une céphalalgie frontale; la langue est, le plus souvent, rouge et sèche, rarement blanchâtre et muqueuse; la soif est ardente, et l'ingestion des boissons aussitôt suivie du vomissement; la bouche est sèche, amère et pâteuse, la respiration fréquente, vite et haute, c'est-à-dire qu'elle se fait plus par l'élévation des côtes que par l'abaissement du diaphragme; le pouls, souvent fort et fréquent au début, devient dur, petit et concentré, sans rien perdre de sa fréquence, et vers le déclin, si la maladie ne doit pas avoir une solution heureuse, il est excessivement précipité et comme filiforme; la peau est sèche et peu chaude, quelquefois même les extrémités sont froides; les urines sont rares et épaisses; il y a constipation, très-rarement diarrhée.

Dans la péritonite qui arrive après l'accouchement (fièvre puerpérale), on observe les mêmes phénomènes que dans la péritonite aiguë ordinaire, à quelques modifications près, qui tiennent à l'état du sujet chez lequel elle se déclare. Cette maladie se manifeste ordinairement dans la première semaine qui suit les couches, et débute par des frissons alternant avec des bouffées de chaleur; bientôt une douleur vive, lancinante, se fait sentir dans l'hypogastre; cette douleur

s'étend dans les autres régions de l'abdomen , mais elle est toujours plus violente au point qui correspond à la matrice ; l'écoulement des lochies et la sécrétion du lait diminuent, et finissent par se supprimer ; les mamelles se flétrissent, et deviennent flasques ; le ventre se gonfle, et acquiert en peu de temps un volume considérable , mais sans offrir cette dureté et cette tension propres à la péritonite développée dans d'autres circonstances ; il s'y fait un épanchement plus ou moins abondant, que l'on reconnaît par la percussion et la fluctuation ; il y a presque toujours dévoisement ; la peau, sèche et chaude au début, se couvre plus tard d'une sueur froide, fétide et visqueuse. A ces phénomènes se joignent tous les symptômes *généraux* de la péritonite aiguë : céphalalgie, hoquets, nausées, vomissemens, pouls fréquent, petit et dur, respiration difficile, face grippée, etc.

La péritonite *partielle* peut exister à l'état aigu , mais elle est bien plus fréquente à l'état chronique. Dans le premier cas, elle est le plus souvent produite par une contusion, une chute sur un point de l'abdomen, par une opération chirurgicale, etc. On distingue la péritonite partielle aiguë à la bénignité ordinaire de ses symptômes : elle débute presque toujours sans frisson ; il n'y a ordinairement pas de vomissemens ni de hoquets ; la douleur est locale, circonscrite, bornée à un point de l'abdomen, qui n'offre que peu de gonflement. Les symptômes généraux sont peu marqués ; la fièvre est légère , la face n'est point altérée, il y a peu ou point de soif, la peau conserve son humidité naturelle. La péritonite partielle peut néanmoins devenir *générale*.

Complications.

La phlegmasie du péritoine peut coïncider avec l'inflammation de différens autres organes , et surtout avec celle des viscères qu'il recouvre. Ces complications rendent le diagnostic plus difficile ; mais les caractères propres de ces affections combinées ne sont pas tellement altérés par cette liaison qu'on puisse les méconnaître. La métrite, par exemple, est une complication très-fréquente de la péritonite :

la douleur est alors fixée dans la région hypogastrique, ou y est plus vive qu'ailleurs; on sent une tumeur dure, rénitente, formée par l'utérus, etc. L'entérite, la gastrite, l'hépatite, qu'on trouve souvent unies à la péritonite, donnent lieu à de légères modifications des symptômes qu'il sera toujours facile de saisir, et ne changent en rien le traitement: seulement, dans ces cas, les dérivations sur le tube digestif sont positivement contre-indiquées. Mais de toutes les complications, la plus dangereuse est, sans contredit, celle qui se manifeste par des symptômes adynamiques ou ataxiques: alors le délire, les spasmes, les convulsions, le ris sardonique, la prostration des forces, la stupeur, le coma, la paralysie des membres, en un mot, tous les accidens typhoïdes, sont quelquefois portés à un degré très-élevé. L'on conçoit que les indications à remplir doivent varier selon la nature des accidens qui paraissent.

Marche.

Dans la pluralité des cas, la péritonite aiguë affecte une marche rapide; quelle que soit la cause qui l'ait produite, quel que soit son mode d'invasion, la maladie arrive bientôt à son plus haut degré d'intensité. Cette marche rapide est marquée par l'accroissement successif des symptômes: la sensibilité, la douleur, la tension et le météorisme du ventre, augmentent graduellement; le hoquet devient plus fréquent, la soif plus ardente; les vomissemens se rapprochent; les traits de la face, pâle, s'altèrent de plus en plus; le malaise et l'anxiété sont plus considérables, la respiration plus difficile, le pouls plus petit, plus dur et plus fréquent, et souvent il se joint à ces phénomènes du délire et des convulsions. Ces symptômes ne persistent pas toujours avec la même force: il y a ordinairement une rémission pendant le jour, et des exacerbations le soir. Si la péritonite doit avoir une issue funeste, elle fait tout à coup des progrès effrayans: le malade tombe dans une prostration extrême; le ventre devient mou et flasque, et les douleurs cessent de s'y faire sentir; les vomissemens sont remplacés par

de simples régurgitations, et les matières rejetées sont toujours mêlées à une quantité plus ou moins grande de bile noire ou verdâtre; le poulx, alors filiforme, est tellement précipité, qu'on peut à peine en compter les battemens; la face, profondément altérée, se couvre d'une sueur froide; des convulsions ou un état comateux précèdent ordinairement la mort.

Durée.

La péritonite aiguë n'est jamais de longue durée : elle ne peut être déterminée d'une manière fixe et invariable. Quelquefois la marche de la maladie est si rapide qu'elle cause la mort en un ou deux jours. On a vu des malades mourir au bout de quelques heures, à la suite de perforations qui avaient occasionné un épanchement dans le péritoine. Cependant la péritonite, le plus fréquemment, n'entraîne la mort que du cinquième au septième jour; et lorsque la guérison doit avoir lieu, elle arrive ordinairement du dixième au quinzième. On a quelques exemples de péritonite aiguë qui ont duré trois ou quatre septénaires.

Terminaisons.

La péritonite peut, comme toutes les inflammations aiguës, se terminer par résolution, par suppuration ou épanchement, par hémorrhagie, par gangrène; enfin elle peut se prolonger indéfiniment, et passer à l'état chronique.

Résolution.

La terminaison la plus heureuse de la péritonite est la résolution, que tous les efforts du médecin doivent tendre à obtenir. Cette résolution s'annonce ordinairement du cinquième au huitième jour; l'on voit alors tous les symptômes s'amender peu à peu : la douleur disparaît dans quelques points de l'abdomen, et diminue là où elle était plus vive; la tension et le gonflement du ventre sont moins prononcés; les nau-

sées, les vomissemens s'éloignent, et finissent par cesser entièrement; la respiration devient plus rare et plus facile; le pouls perd de sa fréquence, en même temps qu'il acquiert de la souplesse et s'élargit; le visage se déride petit à petit, et la physionomie reprend son expression naturelle; les mouvemens du tronc deviennent libres, et le malade peut, à son gré, changer de décubitus; l'insomnie disparaît; les évacuations excrémentitielles se rétablissent, et assez souvent il survient des selles fréquentes, ou des urines abondantes, ou enfin des sueurs copieuses, qui indiquent que la maladie est jugée. Chez les femmes affectées de péritonite puerpérale, les mamelles acquièrent de la tumescence et de la fermeté, la sécrétion du lait s'établit, les lochies reprennent leur cours, et assez souvent les urines déposent un sédiment briqueté.

Suppuration.

La suppuration est la terminaison la plus fréquente de l'inflammation aiguë du péritoine; elle est presque toujours suivie de la mort. On conçoit facilement les funestes effets que doit causer un épanchement de pus dans une cavité qui n'a point de communication au dehors; ce pus peut cependant être résorbé; on en cite des exemples; on l'a vu se frayer un passage à travers la ligne blanche, et, dans d'autres cas, à travers le tube intestinal perforé. Il n'est pas facile de préciser l'époque à laquelle se forme la suppuration, ainsi que les signes certains qui l'indiquent: on a trouvé du pus dans le péritoine de personnes mortes le second jour de la maladie; mais on croit qu'elle s'opère du cinquième au huitième jour ordinairement. Les seuls signes qui indiquent l'épanchement d'une manière positive sont la percussion et la fluctuation: celle-ci ne devient manifeste que lorsque l'épanchement est considérable, et que, par conséquent, il y a déjà un temps assez long que le pus s'est formé; d'ailleurs la sensibilité du ventre, dans les premiers jours de la maladie, est si développée, que l'exploration de la main est très-difficile, sinon impossible. Les signes rationnels qui font présumer l'existence de l'épan-

chement sont une tension moins forte du ventre, une diminution de la douleur, remplacée par un sentiment de pesanteur et d'oppression, le retour irrégulier du frisson, le pouls devenu lent et mou, la face pâle et terreuse, enfin le froid des extrémités. Lorsque, le malade prenant diverses positions, la résonnance existe dans tout le ventre, même dans les parties les plus déclives, il est probable qu'il n'y a pas encore d'épanchement.

Hémorrhagie.

La terminaison par hémorrhagie est rare; on l'a observée quelquefois chez les individus pléthoriques et sujets aux hémorrhagies. Les signes propres à la faire reconnaître sont les mêmes que ceux des hémorrhagies internes en général: douleurs vives, avec sentiment d'une chaleur insolite dans l'abdomen; gonflement de celui-ci; faiblesse toujours croissante du pouls; froid des extrémités, qui gagne toute la périphérie du corps; agitation extrême, pressentiment de la mort, décoloration rapide du visage, sueurs froides, obscurcissement de la vue, lipothymies, syncopes. Cette terminaison est constamment mortelle.

Gangrène.

La gangrène est une terminaison rare, mais funeste, de la péritonite aiguë; elle est le résultat de l'intensité extrême de l'inflammation. Les caractères qui la font reconnaître sont la cessation brusque de tous les phénomènes inflammatoires: les douleurs abdominales se dissipent tout à coup; le pouls devient plus petit, plus concentré, et intermittent; la disparition subite de la douleur fait croire au malade qu'il est guéri; mais bientôt des symptômes alarmans viennent détruire en lui cette douce illusion: les hoquets et les vomissemens continuent sans relâche, ou il se fait des déjections involontaires, noirâtres et fétides; le ventre s'affaisse et se cave; les extrémités se refroidissent, les forces s'anéantissent, le pouls cesse de battre, la

face devient hippocratique, la sensibilité s'éteint, enfin le malade succombe.

Passage à l'état chronique.

La péritonite aiguë passe quelquefois à l'état chronique. Cette transition n'a lieu ordinairement que dans les cas où la maladie a débuté d'une manière lente, et lorsque l'intensité des symptômes n'a pas long-temps duré : alors on voit les symptômes s'amender, les vomissemens disparaître, etc. ; mais la douleur abdominale qui persiste, la fièvre qui continue avec des exacerbations, la prostration des forces qui subsiste, la fluctuation qui décèle l'épanchement, annoncent que la maladie devient chronique.

Diagnostic.

L'inflammation aiguë du péritoine se manifeste en général par des symptômes si caractéristiques qu'il est facile d'en établir le diagnostic. Cependant elle s'annonce quelquefois d'une manière si obscure qu'on pourrait la confondre avec d'autres maladies qui présentent quelque analogie avec elle. Les maladies qui simulent la péritonite sont : l'inflammation aiguë de l'estomac, celle des intestins, celle de l'utérus, celle de la vessie, celle des muscles de l'abdomen, et la hernie étranglée interne. En comparant les symptômes et la marche de ces diverses affections avec la péritonite aiguë, l'on fera ressortir les différences qu'elle présente avec elles, et il sera toujours possible d'établir un diagnostic certain.

La gastrite et l'entérite, à l'état aigu, ont une grande ressemblance avec la péritonite. Comme dans celle-ci, il y a nausées, rapports, hoquets, vomissemens, accélération et petitesse du pouls, etc. ; mais, dans la gastrite, la douleur existe seulement à l'épigastre, et dans l'entérite, elle est circonscrite dans un point de l'abdomen et fixe ; elle s'accompagne d'un sentiment de chaleur intense ; elle est plus profonde, et n'est pas sensiblement augmentée par une légère pression,

que celle-ci soulage quelquefois. Dans la gastrite et l'entérite, les vomissemens procurent toujours un soulagement, au moins momentané, tandis qu'ils exaspèrent constamment les douleurs de la péritonite. Dans l'entérite, s'il y a constipation, elle peut être causée par l'engouement des matières fécales dans l'intestin, et il sera quelquefois possible de sentir cet engouement à travers la paroi de l'abdomen; s'il y a diarrhée, la matière des déjections est mêlée de sang. Enfin, dans l'une et l'autre de ces maladies, la langue est pointue, contractée, rouge à son limbe; la peau est le siège d'une chaleur âcre et sèche, phénomènes qu'on n'observe pas dans la péritonite.

La métrite aiguë pourrait être prise facilement pour une péritonite, si l'on n'avait égard aux caractères qui les distinguent. Dans la métrite, la douleur, qui est obtuse, gravative, est bornée à la région hypogastrique; il y a pesanteur dans les lombes, lassitudes générales: à l'aide du *speculum uteri*, et par le toucher, on reconnaît la rougeur, la chaleur, le gonflement et l'extrême sensibilité du col de la matrice.

La cystite aiguë donne quelquefois lieu à des vomissemens qui pourraient faire croire à une péritonite; mais, dans la cystite, la douleur est bornée à la région hypogastrique, et cette circonstance, jointe aux autres symptômes du catarrhe vésical, suffit pour empêcher toute méprise.

L'inflammation aiguë des muscles qui concourent à former la paroi abdominale est extrêmement rare; elle pourrait, par la douleur qu'elle détermine, simuler la péritonite. Mais dans cette variété du rhumatisme il n'y a pas de vomissemens, pas de constipation, point ou peu de fièvre; le ventre n'est point météorisé, et les traits de la face n'offrent pas cette altération qui caractérise la péritonite.

La hernie étranglée interne se traduit par plusieurs symptômes de la péritonite. Celui qui se montre le premier est, le plus souvent, la constipation; les vomissemens et la douleur viennent ensuite, et plus tard la fièvre se déclare. Dans l'inflammation aiguë du péritoine, on observe le contraire: la douleur, les vomissemens et la fièvre appa-

raissent d'abord , et la constipation ne se fait remarquer qu'à leur suite ; le ventre se gonfle et se météorise rapidement. Dans la hernie étranglée, ce phénomène ne se manifeste qu'en dernier lieu ; le ventre prend ici , en se ballonnant , une forme irrégulière ; ses parois sont soulevées dans plusieurs points par les circonvolutions des intestins distendus ; quelquefois il est possible de sentir , à travers les muscles , une tumeur dure , rénitente , formée par les matières accumulées au-dessus de l'obstacle qui intercepte leur cours dans l'intestin. Dailleurs , si l'on compare le produit des vomissemens , l'on voit que , dans la hernie étranglée interne , ce sont d'abord les saburres bilieuses que renferme l'estomac , puis les matières stercorales , qui sont rendues avec effort , tandis que dans la péritonite les alimens contenus dans l'estomac , et les boissons mêlées à un peu de bile , sont seuls vomis. Ces caractères sont suffisans , je crois , pour établir la différence de ces deux maladies.

Pronostic.

La péritonite aiguë est une maladie toujours grave et très-souvent mortelle , lors même qu'elle est dégagée de toute complication. Pour établir convenablement son pronostic , il faut avoir égard à une multitude de circonstances , telles que la cause , le siège et l'étendue de l'inflammation , l'intensité des symptômes , l'âge , le sexe , le tempérament et l'idiosyncrasie des sujets. En effet , lorsque l'inflammation est bornée à une portion du péritoine ; lorsqu'elle s'est déclarée à la suite des couches , d'un coup , d'une chute sur l'abdomen , ou d'une plaie pénétrant dans cette cavité , d'une opération chirurgicale , par exemple ; lorsque surtout les premiers moyens du traitement ont amené une rémission marquée des symptômes , le pronostic est bien plus favorable que lorsque l'inflammation a envahi une grande étendue du péritoine , qu'elle est survenue sans cause connue , et que les moyens dirigés contre elle ne l'ont modifiée en rien. La péritonite qui a son siège dans la région ombilicale offre moins de dangers que celle dont le foyer existe à l'épigastre ou à l'hypogastre ; celle qui est

produite par un épanchement occasioné par la perforation d'un organe creux contenu dans le ventre est toujours funeste. En général, le pronostic est d'autant plus défavorable que l'inflammation occupe une plus grande surface, et qu'elle présente des symptômes plus intenses. Il est extrêmement défavorable lorsque la péritonite se complique de quelque autre affection grave ; ainsi, les accidents adynamiques et ataxiques qui surviennent quelquefois dans le cours de cette maladie indiquent le plus grand danger.

Nécroscopie.

Les lésions organiques que l'on trouve sur les cadavres des individus qui ont succombé à la péritonite aiguë sont très-variées et bien différentes entre elles.

On a vu quelquefois cette maladie ne laisser après la mort aucune trace de son existence. Mais parce que, dans ces cas, on n'aura rencontré aucun vestige de phlogose dans le péritoine, il n'en résulte pas que l'inflammation n'ait pas eu son siège dans cette membrane. En effet, à l'instant où les malades meurent, comme l'a fait remarquer très-judicieusement le célèbre *Bichat*, l'irritation spasmodique qui retenait le sang dans les vaisseaux capillaires venant à cesser, aussitôt ce liquide passe dans les gros vaisseaux ; et le péritoine éprouve alors le même changement que la peau dans l'érysipèle, la scarlatine, dont la rougeur est peu ou point apparente après la mort.

Chez la plupart des sujets, le ventre est ballonné, les intestins distendus par des gaz, et la face conserve l'aspect *grippé* qu'elle offrait pendant la vie. Lorsque la péritonite a été légère et de courte durée, on voit le péritoine parsemé de taches rouges ou livides, résultat évident de l'injection des vaisseaux capillaires. Ces taches peuvent être disséminées sur toute la surface, ou n'exister que dans une certaine étendue du péritoine : elles sont les seules altérations que l'on puisse percevoir. Si la péritonite a été plus intense, ou si elle est arrivée à une période plus avancée, on trouve le péritoine uniformément rouge et

épaissi dans la plus grande partie de sa surface; il n'y a pas encore d'épanchement. Mais si elle a été très-intense, le péritoine est d'un rouge foncé, violet ou noirâtre, et le plus souvent une quantité plus ou moins grande de liquide se trouve épanchée. Ce liquide varie depuis l'état de sérosité lactescente ou sanguinolente jusqu'à celui de véritable pus, il est limpide ou trouble, blanchâtre ou jaunâtre, quelquefois grisâtre, et tient en suspension des flocons d'albumine ou de fibrine décolorée. Ces flocons de fibrine décolorée sont surtout très-abondans chez les femmes qui ont succombé à la péritonite puerpérale, et nagent dans la sérosité, qui paraît lactescente: de là, l'opinion d'un grand nombre de médecins qui considèrent cette sorte d'épanchement comme l'effet d'une métastase laiteuse. Quelquefois l'épanchement ne consiste que dans une simple exsudation puriforme, étendue en nappes sur les parties enflammées. On trouve encore des pseudo-membranes, plus ou moins épaisses et plus ou moins nombreuses, qui unissent différentes parties du péritoine entre elles, et tapissent sa surface dans une étendue variable. Ces pseudo-membranes me paraissent devoir être formées par la superposition de diverses couches de flocons albumineux; on les retrouve presque dans tous les cas de péritonite qui ont duré au-delà d'un septénaire; elles sont d'abord peu nombreuses, très-minces, et sans trace d'organisation; puis elles se multiplient, s'épaississent et s'organisent par les progrès et la durée de la maladie. On ne peut déterminer d'une manière précise l'époque de leur formation et celle de leur organisation. On a trouvé des pseudo-membranes que l'on a pu injecter, chez des sujets qui avaient succombé au bout de trente-six heures de maladie, tandis que chez d'autres, qui n'étaient morts qu'après plusieurs jours, ces productions morbides n'existaient pas, ou, si elles existaient, elles n'offraient aucun caractère d'organisation. Les pseudo-membranes recouvrent les parties les plus enflammées du péritoine, qui sont ordinairement le bord libre des intestins, l'épiploon et le mésentère.

Lorsque la péritonite aiguë s'est terminée par hémorrhagie, on trouve dans la cavité péritonéale du sang en quantité variable: ce li-

quide peut encore être fluide, au moins en partie, et offrir son aspect ordinaire; il peut être déjà coagulé et mêlé à de la sérosité; enfin il peut être délayé dans cette sérosité, qui prend alors une teinte rougeâtre.

Lorsque la terminaison s'est faite par gangrène, il se dégage, à l'ouverture du cadavre, une odeur analogue à celle qu'exhale une partie quelconque du corps affectée de gangrène humide : le pus est gris, noirâtre, le péritoine se déchire facilement, et les parties mortifiées présentent une couleur brune et livide.

Lorsque la mort a été le résultat de la perforation d'un kyste ou de tout autre organe creux de l'abdomen, on trouve dans cette cavité un épanchement de matières de nature très-différente, telles que de la bile, des vers intestinaux, des hydatides, des matières fécales, de l'urine, etc.

Enfin on cite quelques cas de péritonite aiguë où l'on a rencontré un emphysème du tissu cellulaire sous-péritonéal; la membrane se trouvait irrégulièrement soulevée dans les points correspondans aux bulles gazeuses : peut-être ce phénomène était-il purement cadavérique.

Traitement.

Pour établir d'une manière convenable la méthode de traitement appropriée à l'inflammation du péritoine, il faut considérer les caractères, les différens degrés et les modifications que cette maladie présente.

La première indication à remplir est de soustraire le malade aux causes qui ont déterminé les accidens qu'il éprouve, et de le placer dans des conditions telles qu'aucun agent extérieur ne vienne augmenter la douleur et l'irritation qui existent. Dans cette intention, on débarrasse le malade de ses vêtemens et des ceintures qui peuvent comprimer le ventre; on le couche dans un lit bien aéré, en lui recommandant de garder le décubitus sur le dos, et d'éviter autant que possible les mouvemens et les efforts dont l'action pourrait se

faire ressentir d'une manière pénible dans l'abdomen ; on fait soutenir les couvertures par un cerceau , de crainte que leur contact sur le ventre n'augmente la douleur ; on fait en sorte que l'air de la chambre soit toujours à une douce température ; on ordonne le silence au malade ; on relève son moral , s'il est affecté , et on le préserve de toute impression pénible ou fâcheuse. Telle est la partie *prophylactique* du traitement.

La partie *curative* se compose des agens thérapeutiques les plus puissans. La péritonite aiguë étant essentiellement inflammatoire , et pouvant conduire rapidement le malade à la mort , il convient de l'attaquer , dès son début , par les moyens antiphlogistiques les plus énergiques. En conséquence on prescrit immédiatement une large saignée au bras , de plusieurs palettes , qu'on pourra répéter plusieurs fois , au besoin , suivant la force et l'état pléthorique du sujet. En même temps , on fait appliquer sur le ventre , et spécialement sur les points dans lesquels la douleur a commencé à se faire sentir , un grand nombre de sangsues , on devra réitérer cette application , s'il est nécessaire. Lorsque les sangsues seront détachées , on laissera saigner les piqures , et même on facilitera l'écoulement du sang par des lotions à l'eau tiède. Des indications particulières peuvent obliger à changer le lieu de l'apposition des sangeues : ainsi , quand la maladie est due à la suppression d'une hémorrhagie habituelle , du flux hémorroïdal , par exemple , on doit mettre les sangsues , en partie au moins , à l'anus , afin d'y déterminer une fluxion , qui ne peut survenir qu'à l'avantage du péritoine. Pour seconder les bons effets des évacuations sanguines et concourir plus activement à l'extinction de l'inflammation , on emploiera les cataplasmes émolliens ou les fomentations de même nature. Mais avant d'user de ces moyens , il faut consulter la sensibilité de l'abdomen , et s'assurer si elle ne s'oppose point à l'emploi de toute espèce de topiques. Quelquefois cette sensibilité est portée à un si haut degré , que le contact le plus léger détermine des douleurs intolérables. Dans ces cas fâcheux , on doit avoir recours aux fumigations émollientes , dont on a obtenu souvent de grands succès :

pour cela , on place sur un réchaud un vase contenant de l'eau mucilagineuse , de l'eau de guimauve , par exemple , et recouvert d'un cha-piteau d'où part un long tube recourbé , qui pénètre sous les couver-tures du lit. Ces fumigations doivent durer d'une demi-heure à une heure ; puis , après avoir essuyé le malade , on l'enveloppe de linges bien chauds , et on le place dans un autre lit , qui devra être préala-blement bassiné.

Ordinairement les bains entiers et les demi-bains procurent un sou-lagement très-marqué dans la péritonite ; mais les douleurs qu'occa-sione le déplacement des malades , la position fatigante qu'ils sont obligés de garder dans la baignoire , forcent souvent à y renoncer.

Les boissons doivent être administrées dans le double but de modé-rer la soif et la chaleur , et de prévenir ou combattre les vomissemens qui accompagnent ordinairement la péritonite. Le petit-lait , les émul-sions légères , la solution de sirop de groseilles , de cerises , la limonade , l'orangeade , remplissent ces deux indications. On prescrit ces boissons fraîches , et même glacées , à moins que le malade n'aime mieux les boire tièdes ; s'il préfère l'eau pure , il n'y a aucun inconvé-nient à lui en permettre l'usage.

Il est généralement utile , dans cette maladie , de tenir le ventre libre : les lavemens mucilagineux et légèrement narcotiques produi-sent de bons effets ; mais on ne doit les prescrire que lorsque leur ad-ministration n'entraîne pas trop d'inconvéniens. Quand les mouve-mens qu'elle nécessite de la part du malade occasionent des dou-leurs plus vives , il est préférable d'avoir recours aux laxatifs. On rend les boissons laxatives par une addition de miel , de pruneaux , de ta-marin , de casse , ou de quelques gros d'un sel neutre , tel que le sul-fate de soude , etc. Si ces moyens son insuffisans pour produire des évacuations , on fera prendre au malade , à des intervalles plus ou moins éloignés , une potion gommeuse contenant une ou deux onces d'huile de ricin , de manière à obtenir deux ou trois selles par jour.

Les médecins anglais , et avec eux quelques praticiens en France , préconisent beaucoup l'administration du proto-chlorure de mercure

dans cette maladie , et le donnent à doses progressivement croissantes, depuis quelques grains jusqu'à un et deux gros dans les vingt-quatre heures. Ils ont observé que son emploi était d'autant plus avantageux qu'il ne produisait pas de déjections ; c'est pourquoi ils l'associent aux narcotiques , pour empêcher son action purgative. Remarquons qu'il est toujours convenable de ne recourir aux évacuans qu'après avoir obtenu des émissions sanguines.

Lorsque, malgré l'emploi méthodique de ces différens moyens, l'inflammation du péritoine persiste, et continue même à s'aggraver, lorsque la prostration des forces et l'état anémique du sujet s'opposent à la réitération des saignées , qui d'ailleurs n'ont pas produit les heureux résultats qu'on avait droit d'en attendre , le malade se trouve dans une position tout à fait grave ; probablement il existe alors un épanchement dont on doit chercher à faciliter la résorption. Dans ce cas , il convient de provoquer la sécrétion des urines ou la transpiration cutanée. L'usage des sudorifiques, des diurétiques, et , parmi ceux-ci, celui de la pariétaire, a été souvent couronné d'un plein succès.

Quelques auteurs frappés de l'analogie qui existe entre l'inflammation du péritoine et celle de la plèvre, ont pensé que, dans la péritonite aiguë, on pourrait avec avantage appliquer un vésicatoire sur le ventre , comme on le fait sur la poitrine, dans une pleurésie qui a résisté aux saignées. Mais une triste expérience a appris que ce moyen était plutôt nuisible que bienfaisant. A l'autopsie des individus qui avaient succombé à la péritonite , on a constamment trouvé la partie du péritoine correspondant à l'endroit sur lequel avait été apposé le vésicatoire plus rouge que les autres.

Les frictions mercurielles à haute dose doivent encore être tentées : des observations authentiques ont démontré leur efficacité dans des cas où tous les autres moyens avaient été inutiles. La préparation mercurielle le plus fréquemment mise en usage est l'onguent napolitain : on frictionne d'heure en heure la partie interne des cuisses , et toute la surface du ventre, avec un gros de ce médicament. Ces frictions peuvent être faites pendant trois ou quatre jours sans interruption. Avant de le

renouveler , on doit avoir soin de nettoyer avec de l'eau de savon tiède les tégumens imprégnés de l'onguent , afin de leur rendre leur souplesse et leur perméabilité. Quelques médecins joignent aux frictions une préparation narcotique , qui semble avoir le double avantage de diminuer l'impression du mercure et de calmer les douleurs péritonéales.

C'est surtout dans la péritonite puerpérale que les préparations mercurielles administrées , soit à l'intérieur , soit à l'extérieur , ont produit les plus heureux effets. Autrefois l'ipécacuanha était le seul remède qu'on administrait avec avantage contre cette variété de la péritonite aiguë. Il fut regardé pendant quelque temps comme un spécifique presque infaillible ; mais les nombreux cas d'insuccès qu'on observa dans la suite obligèrent les praticiens à chercher d'autres médicamens plus efficaces. La péritonite puerpérale réclame quelques modifications dans son traitement. Il existe ici deux indications spéciales : l'une qui consiste à rappeler les lochies supprimées , et l'autre à favoriser l'afflux du sang vers les mamelles , ainsi que la sécrétion du lait. On remplit la première , en appliquant des sangsues aux organes extérieurs de la génération , et en les recouvrant de fomentations ou de cataplasmes bien chauds ; pour la seconde, il faut couvrir les mamelles de coussinets ouatés , qui y concentrent la chaleur , et faire exercer par l'enfant une succion de quelques minutes sur le mamelon.

Une foule de circonstances , que mon sujet ne me permet pas d'indiquer , peuvent faire modifier le traitement. Ainsi , lorsque des symptômes adynamiques ou ataxiques surviennent dans le cours d'une péritonite , et que l'on a déjà employé les évacuations sanguines , il faut de toute nécessité proscrire de nouvelles saignées. On aura recours alors , et suivant les cas , aux bains , aux toniques et aux antispasmodiques. Mais ces moyens sont loin d'avoir un succès assuré ; et , lorsque le médecin est obligé de recourir à leur emploi , il ne peut se dissimuler l'imminence du danger où se trouve son malade , dont la guérison doit être encore espérée de l'autocratie de la nature.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Lassitudines spontè abortæ, morbos denuntiant. *Sect. 2, aph. 5.*

II.

Duobus doloribus simul abortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Ibid., aph. 46.*

III.

In acutis morbis rarò, et in principiis, medicamentis purgantibus utendum; idque diligenti adhibitâ circumspectione faciendum. *Sect. 1, aph. 24.*

IV.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect. 7, aph. 1.*

V.

Acuti morbi in quatuordecim diebus jûdicantur. *Sect. 2, aph. 23.*

VII.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect. 1, aph. 6.*

